



Nidzica, dnia .....

**Dyrektor  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Nidzicy**

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko ....., PESEL: .....

Adres zamieszkania ....., nr tel. ....

### 2. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta<sup>1</sup>

Imię i nazwisko ....., PESEL: .....

Adres zamieszkania .....

### 3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę PORADNI/ ODDZIAŁU/ PRACOWNI/ ZAKŁADU)

..... z dnia/okresu .....

4. Rodzaj dokumentu:  pełna historia choroby,  karta informacyjna,  wyniki badań,  
 inne: .....

5. Liczba kopii dokumentacji .....

6. Dokumentację  odbiorę osobiście,  odbierze osoba upoważniona,  proszę przesać  
na adres j. w. – zobowiązuję się pokryć koszty kserokopii dokumentacji oraz przesyłki,

### Oświadczenie

W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od wyznaczonej daty odbioru, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii oraz kosztów przesyłki. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

.....  
( data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

### Odbiór dokumentacji

Dnia: ..... dokumentację  odebrano osobiście,  wysłano listem poleconym

czytelny podpis osoby wydającej .....

czytelny podpis osoby odbierającej .....

<sup>1</sup> Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona